

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน : กรณีศึกษา Community-Based Nursing Care for Highly Dependent Patients with Intracerebral Hemorrhage: A case study.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

นันทน์ รัตนกิจสร¹

Nantane Rattanakitorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน โดยเลือกศึกษาผู้ป่วย จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) และคัดเลือกผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีปัญหาซับซ้อน ของโรงพยาบาลพัทยาศึกษา จำนวน 1 ราย ประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนประเมินสุขภาพออร์ดอน11แบบแผนและ Barthel ADL index การดูแลใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล พร้อมปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงอายุ 52 ปี ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ล้ม เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อมาได้รับการเจาะคอ วินิจฉัยว่าเป็น epidural hematoma in right frontal lobe ต่อมาพบภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับรุนแรง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลา 49 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น แต่ยังมีอาการสับสน ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ แขนซ้ายอ่อนแรง มีแผลเจาะคอ ใส่สายให้อาหารทางสายยาง และใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยถูกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง จึงได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากนั้นได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ การรับรู้ปกติ ทำตามคำสั่งได้ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูกนั่งได้เอง รับประทานอาหารเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับมีขนาดเล็กลง

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเลือดออกในสมอง, ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน

ABSTRACT

This study is a case study aimed at developing the capacity of caregivers and family members to provide correct, safe, and continuous care for patients. The study applied Dorothea Orem's nursing theory together with the concept of bedridden patient care in managing a patient with intracerebral hemorrhage who had a high level of dependency in the community. The patient was selected from the Continuity of Care (COC) follow-up system, and one patient with complicated problems from Pattaya Bhattamakun Hospital was included in the study. Patient assessment was conducted using Gordon's Functional Health Patterns (11 patterns) and the Barthel ADL Index. Nursing care was implemented using the nursing process together with the concept of home-based patient care to assess problems, plan interventions, implement care, and evaluate outcomes while adjusting the care plan according to the patient's condition.

The results showed that the patient was a 52-year-old woman who experienced a motorcycle accident on August 5, 2025. She had decreased consciousness and required endotracheal intubation, followed by a tracheostomy. She was diagnosed with epidural hematoma in the right frontal lobe. Later, a severe pressure ulcer developed at the coccyx area. The patient was hospitalized for 49 days before being discharged home. At discharge, her level of consciousness had improved but she still had confusion and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัทยาศึกษา

poor behavioral control, left arm weakness, a tracheostomy wound, a nasogastric feeding tube, and a urinary catheter. She was classified as a highly dependent patient and was referred to the home Continuity of Care system. A care plan was developed and regular home visits were conducted. The patient gradually improved: cognitive function returned to normal, she was able to follow commands, became more independent in self-care, could sit up independently, eat by herself, had no further complications, and the pressure ulcer decreased in size.

Keywords: Nursing, Intracerebral Hemorrhage, Highly Dependent Patients in the Community.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จัดเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO, 2022) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นกว่า 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 6.5 ล้านคน โดยค่าเฉลี่ยความเสี่ยงของการเกิดโรคตลอดช่วงชีวิตในประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 คน (ร้อยละ 25) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความพิการสะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระโรค (Global Burden of Disease) และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระดับมหภาคอย่างมหาศาล¹

สำหรับบริบทของประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นอุบัติการณ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566 โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรไทย (รองจากโรคมะเร็ง) และยังเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ของความพิการถาวร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ²

จากสถิติ พบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 349,000 รายต่อปี ซึ่งความรุนแรงของโรคมักเกิดขึ้นฉับพลันทั้งจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และภาวะหลอดเลือดสมองแตก หากผู้ป่วยไม่ได้รับวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาวิกฤต (Golden Period) จะนำไปสู่ความสูญเสีย

ทางระบบประสาทที่ยากจะฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้³

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้จำกัดเพียงความบกพร่องทางกายภาพหรืออัมพฤกษ์อัมพาตเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสถานะทางจิตสังคม (Psychosocial) ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ความวิตกกังวล และความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองจากการที่ต้องเปลี่ยนสถานะจากผู้พึ่งพาตนเองมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน ภาวะดังกล่าวนอกจากจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่ต้องแบกรับภาระทั้งด้านการดูแลและค่าใช้จ่ายในระยะยาว ด้วยข้อจำกัดและความซับซ้อนของโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการจัดการเชิงระบบที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care) ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ไปจนถึงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน⁴

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 สะท้อนวิกฤตการณ์ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยมีอุบัติการณ์ในปี 2565

สูงถึง 330.72 ต่อแสนประชากร และพบจำนวนผู้ป่วยสะสมในปี 2566–2567 กว่า 3.5 แสนรายต่อปี แม้ระบบการรักษาจะได้รับการพัฒนา แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับวิกฤต โดยเฉพาะกลุ่มหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่มีอัตราตายสูงกว่าร้อยละ 20 นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตกว่าร้อยละ 60 ยังต้องเผชิญกับภาวะพิการหลงเหลือ (Residual Disability) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) สภาวะทางอารมณ์ และบทบาทหน้าที่ในสังคม นำไปสู่ภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่รุนแรง โดยมีต้นทุนรวมและต้นทุนทางอ้อม (Indirect Costs) เช่น การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลและการปรับปรุงที่พักอาศัย มูลค่าสูงถึง 150,000 ถึง 500,000 บาทต่อรายต่อปี⁵

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านเวชกรรม ได้ตระหนักถึงปัญหาเชิงซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหากขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคจนถึงแก่ชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 ราย โดยมุ่งเน้นการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดระดับความทุกข์ทรมานและบรรเทาภาระทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง (Intercerebral hemorrhage) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมุ่งส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจากโรคเลือดออกในสมองที่บ้านอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยศึกษาข้อมูลและปัญหาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) และคัดเลือกผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 1 ราย หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติในการนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษา ได้มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา การผ่าตัดและหัตถการ รวมทั้งประเมินสภาพร่างกาย ระบบประสาท การหายใจ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และสภาพแผลกดทับ ตลอดจนศึกษาผลการตรวจพิเศษและแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผล CT brain การดูแลท่อเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลแผลกดทับ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาล จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งดำเนินการพยาบาลตามแผนที่กำหนด ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามประเมินผลจากการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทยอายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ปีที่ 3 สถานภาพสมรสคู่ อาชีพแม่บ้านในโรงแรม อาศัยอยู่ในอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ล้มเอง

อยู่ในภาวะรู้สึกตัวลดลงตั้งแต่ระยะเฉียบพลันต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขับซั๊ดรถจักรยานยนต์ล้มเองเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2568 ผล CT brain พบว่ามีเลือดออกในสมอง epidural hemorrhage ร่วมกับ subdural hemorrhage และ subarachnoid hemorrhage ผู้ป่วยอยู่ในภาวะรู้สึกตัวลดลงตั้งแต่ระยะเฉียบพลันต้องใส่ท่อช่วยหายใจ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลา 49 วัน ได้รับการเจาะคอ และเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับรุนแรง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นแต่ยังมีอาการสับสน ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ แขน

ซ้ายอ่อนแรง มีแผลเจาะคอ มีสายให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ และมีแผลกดทับขนาดใหญ่บริเวณก้นกบขนาด 8x10 ซม. ระดับ 4 ผู้ป่วยถูกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) จึงได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติในครอบครัว : บิดา มารดา ยังมีชีวิตอยู่ ปฏิเสธโรคประจำตัว

การวินิจฉัยแรกรับ : epidural hematoma in right frontal lobe

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากมีเสมหะอุดตันในท่อเจาะคอ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบาก</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่ย้ายบ้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ ซีพจร อุณหภูมิ ความดันโลหิต และค่า O₂ saturation พร้อมเฝ้าระวังค่าเบี่ยงเบนจากเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจบ่งชี้ภาวะหายใจลำบาก การอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือการติดเชื้อ ดูดเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น มีเสียงเสมหะ หายใจลำบาก หรือค่า O₂ saturation ลดลง พร้อมดูแลท่อเจาะคอให้อยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ตรวจสอบความโล่งของท่อ และป้องกันการอุดตันของเสมหะ จัดท่าศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด ช่วยให้การหายใจสะดวก ลดการคั่งค้างของเสมหะ และลดความเสี่ยงต่อการสำลัก ส่งเสริมการไออย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเคาะปอดหรือทำกายภาพพรวงอกตามความเหมาะสม และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ ดูแลการให้ยาลดเสมหะตามแผนการรักษา เช่น ยาพ่นหรือยารับประทาน พร้อมเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจและผลข้างเคียงของยา <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP 105/57 mmHg, PR 92 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที, BT 36.8°C) ไม่พบอาการหายใจลำบาก ค่า O₂ saturation 98% ทางเดินหายใจโล่ง และเสมหะสามารถดูดระบายออกได้ ไม่พบเสมหะเหนียวข้น.</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีแผลกดทับบริเวณก้นกบขนาด 7x7 ซม.ระดับ 3</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินลักษณะแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาขนาด ความลึก สีเนื้อเยื่อ ขอบแผล และสารคัดหลั่ง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณของการติดเชื้อ เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ แผลบวม แดง ร้อน มีหนอง หรือมีกลิ่นผิดปกติ พร้อมติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างแผลด้วยสารละลายที่เหมาะสม เช่น NSS และเปลี่ยนวัสดุปิดแผลตามแผนการรักษา ดูแลบริเวณแผลให้สะอาดและแห้ง ลดความอับชื้น และป้องกันการปนเปื้อนจากปัสสาวะหรืออุจจาระ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และจัดท่าที่เหมาะสม เพื่อลดแรงกดทับบริเวณแผล และส่งเสริมการไหลเวียนเลือด

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการพยาบาลพบว่า แผลกดทับมีแนวโน้มดีขึ้น ไม่พบอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อ บริเวณแผลไม่พบหนองหรือกลิ่นผิดปกติ ขอบแผลไม่บวมแดงร้อน ไม่พบเนื้อตายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวดเพิ่มขึ้น อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ไม่พบภาวะไข้หรือสัญญาณของการติดเชื้อในระบบ.</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3</p> <p>มีภาวะข้อศอกแขนซ้ายยึดติดและกล้ามเนื้อแขนซ้ายอ่อนแรง ระดับ 2</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินกำลังกล้ามเนื้อและช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion: ROM) ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารข้อทั้งแบบ Passive และ Active-assisted อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง โดยเน้นการเคลื่อนไหวช้า นุ่มนวล และครบทุกช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ เพื่อป้องกันการเกิดข้อยึดติด ลดความแข็งตึงของกล้ามเนื้อ และช่วยคงสภาพความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อรอบข้อ แนะนำและช่วยจัดทำทางผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การจัดแนวแขนขาให้อยู่ในตำแหน่งปกติ ไม่ปล่อยให้ข้ออยู่ในท่าอหรือเหยียดค้างนานเกินไป การใช้หมอนหรืออุปกรณ์รองรับข้อ เพื่อลดแรงกดลดการเกร็ง และป้องกันการเกิด contracture เสริมพลัง(Empowerment)ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการออกกำลังกาย <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการให้การพยาบาลและการส่งเสริมการบริหารข้ออย่างต่อเนื่อง พบว่าภาวะข้อยึดติดบริเวณข้อไหล่ซ้ายมีอาการดีขึ้น โดยสามารถเคลื่อนไหวได้ในช่วงที่เหมาะสม (Range of Motion) ไม่มีอาการปวดหรือความตึงรุนแรงขณะเคลื่อนไหว แม้ยังคงมีภาวะแขนซ้ายอ่อนแรง (Motor Power Grade 2) แต่ไม่พบการหดรั้งของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้เองสะท้อนถึงพัฒนาการในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นและประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4</p> <p>เสี่ยงติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอุณหภูมิร่างกาย ลักษณะปัสสาวะ (สี กลิ่น ความใส) และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้หนาวสั่น ปวดท้องน้อย หรือปัสสาวะแสบขัด อย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบการเชื่อมต่อของสายสวนปัสสาวะให้แน่น ไม่ให้หลุดหรือรั่ว และหลีกเลี่ยงการเปิดระบบโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (perineal care) อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง และหลังการขับถ่าย โดยใช้เทคนิคสะอาด (clean technique) วางถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ และไม่ให้อุปกรณ์สัมผัสพื้น เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ หรืออุดตัน และบันทึกปริมาณปัสสาวะตามแผนการดูแล <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยไม่พบอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BT 36.8°C, PR 92 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที, BP 105/57 mmHg) ปัสสาวะไม่ขุ่น ไม่มีกลิ่นผิดปกติ และบริเวณรอบสายสวนไม่พบรอยแดง บวม หรือสารคัดหลั่ง.</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการสับสนและแขนซ้ายอ่อนแรง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว อาการสับสน การรับรู้ และความสามารถในการเคลื่อนไหว เพื่อกำหนดระดับการเฝ้าระวังที่เหมาะสม ติดตามอาการสับสนหรืออ่อนแรงที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม จัดเตียงให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ล็อคล้อเตียง และยกกันราวเตียงทุกครั้งเพื่อป้องกันการลัดตกหกล้มและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย	<p>4. ช่วยเหลือหรือพยุงผู้ป่วยขณะลุก นั่ง หรือเคลื่อนย้าย และหลีกเลี่ยงการปล่อยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นเองตามลำพัง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p> <p>5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม เช่น การใช้ราวกันเตียง การพุงเดิน และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย</p> <p>6. ใช้อุปกรณ์ช่วยลดความเสี่ยงเช่น ราวกันเตียง สัญญาณเรียก เตียงปรับระดับ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>จากการติดตามประเมินผลภายหลังให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือการบาดเจ็บเพิ่มเติม แม้ยังมีอาการสับสนเป็นบางครั้ง แต่สามารถดูแลเฝ้าระวังได้อย่างเหมาะสมและไม่พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกต้อง และมีระดับความวิตกกังวลลดลง</p>	<p>1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล สังเกตสีหน้า พฤติกรรม น้ำเสียง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก ความกังวล หรือปัญหาที่พบในการดูแล</p> <p>2. รับฟังผู้ดูแลอย่างตั้งใจ แสดงความเข้าใจ และให้กำลังใจ เพื่อลดความรู้สึกกังวล และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>3. อธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและหลักการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p>4. สอนและสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การทำแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>5. ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริง (return demonstration) พร้อมประเมินความถูกต้อง แก้ไขข้อผิดพลาด และเสริมแรงเชิงบวกเพื่อเพิ่มความมั่นใจ</p> <p>6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติและสัญญาณอันตราย เช่น หายใจลำบาก ไข้สูง ชีพจรผิดปกติ มีกลิ่นหรือมีหนอง และปัสสาวะผิดปกติ พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการให้การพยาบาลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจน สีหน้าและพฤติกรรมแสดงถึงความผ่อนคลายมากขึ้น สามารถปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การทำแผล และการพลิกตะแคงตัวได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดความรู้ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>	<p>1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วตามแผนการรักษาและติดตามอาการแสดงของภาวะน้ำตาลสูง เช่น กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว</p> <p>2. ตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดเน้นย้ำไม่หยุดยาเองและเฝ้าระวังผลข้างเคียง</p> <p>3. ให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ลดอาหารหวานจัด จำกัดคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว งดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล รับประทานอาหารให้เป็นเวลา</p> <p>4. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการเสี่ยง เช่น แผลหายช้า ติดเชื้อง่าย</p> <p>5. การให้ความรู้ผู้ดูแล/ญาติ เกี่ยวกับ อาการน้ำตาลสูง วิธีตรวจ และการจัดอาหาร</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการติดตามพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (FBS 139 mg/dl, หลังอาหาร 110 mg/dl) และไม่พบอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>

สรุปและอภิปราย

การศึกษานี้ศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 52 ปี ที่มีภาวะเลือดออกในสมอง (Epidural

Hematoma) ร่วมกับภาวะฟุ้งฟิงสูงในชุมชนครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการจัดการรายกรณี

(Case Management) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค จากผลการศึกษา พบว่าการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาศักยภาพของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยาที่ใช้ อาหาร การป้องกันการสำลัก และการจัดการภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการมีเครือข่ายที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน

2. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะยาว เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.(2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29.
2. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย; 2566.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Ubatkarn S.(2023). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2023;39(2):90-97.5. สถาบันประสาทวิทยา. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและภาวะทางเศรษฐกิจศาสตร์ประเทศไทย พ.ศ. 2565-2567.กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2567.
6. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งประเทศไทย.(2015). ต้นทุนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู.2015;26(3):120-130.